

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego indywidualną opiekę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską - wraz z nr świadczeniodawcy oraz REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Kierujące do (właściwe zakreślić znakiem X.):

- a. zakładu opiekuńczo-leczniczego
- b. mieszkań chronionych (dotyczy mieszkańców miasta Łodzi)
- c. hostelu
- d. Środowiskowego Domu Samopomocy (dotyczy mieszkańców miasta Łodzi)

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie

PESEL

adres zameldowania-

faktyczny adres zamieszkania-

dane osoby w sprawie umówienia terminu przyjęcia (imię i nazwisko ,telefon).....

ubezważnowolnienie Tak Nie

Jeżeli osoba ubezważnowolniona:

Imię nazwisko opiekuna prawnego.....

Dane kontaktowe/telefon, mail, adres/

Imię nazwisko osoby /osób dającej/yh faktyczne wsparcie (jeżeli istnieje/ją), kontakt

I. Wywiad

1. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

2. Główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie

Leczenie biologiczne (nazwy leków, dawki)

.....

.....

.....

.....

3. Informacje o hospitalizacjach

Ilość hospitalizacji pełno dobowych	
Termin I hospitalizacji	
Termin ostatniej hospitalizacji	

Ilość pobytów w oddziałach dziennych	
Termin I pobytu	
Termin ostatniego pobytu	

4. Próby samobójcze Tak Nie

Jeżeli były próby samobójcze to jakie i kiedy:

.....

.....

5. Nadużywanie alkoholu Tak Nie

Innych substancji psychoaktywnych Tak Nie

jakich?

Jeżeli tak to jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio, jaki wpływ na zachowanie, leczenie choroby zasadniczej/ współistniejących.

.....

.....

II. Badania przedmiotowe:

waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....
2. Układ oddechowy.....
3. Układ krążenia: wydolny- niewydolny, ciśnienie krwi.....tętno/min.....
4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

.....

8. Schorzenia współistniejące:

.....

a. Choroba zakaźna: tak / nie; jeśli tak to jaka?

.....

b. Gruźlica: tak / nie; jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak / nie

III. Funkcjonowanie w środowisku

1. Wykształcenie.....

2. Zawód wyuczony.....

3. Zatrudnienie Tak Nie

4. Przebieg pracy zawodowej: gdzie, jak długo, czy w zawodzie, ostatnie miejsce pracy,
(przybliżona) data rozwiązania ostatniej umowy(o pracę, zlec itp.)

.....

5. Sytuacja mieszkaniowa /mieszka sam , z rodziną, standard zajmowanego mieszkania,
informacje o ewentualnym zadłużeniu, nieregulowanej sytuacji prawnej/

.....

